

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM  
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY LETTER (Family Day Care Home-Parent)  
FISCAL YEAR 2015**

**CARTA DE ELEGIBILIDAD POR INGRESOS PARA RECIBIR LA ASISTENCIA ALIMENTICIA DE CACFP  
(HOGAR FAMILIAR DE CUIDADO DIURNO – PADRES)**

Estimado Padre o Tutor:

La presente está dirigida a los padres o tutores de niños inscritos en un hogar familiar de cuidado diurno. El hogar familiar de cuidado diurno ofrece comidas saludables a todos los niños inscritos como parte de su participación en el Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA). El CACFP rembolsa por comidas y meriendas saludables que se sirvan a niños inscritos en guarderías. Por favor ayúdenos a cumplir con los requisitos del CACFP llenando el adjunto Formulario de Elegibilidad por Ingresos para Recibir Asistencia de Alimentación. La información será confidencial y estará disponible únicamente al personal que esté directamente relacionado con la administración del CACFP. El participante en el hogar familiar de cuidado diurno puede calificar para recibir beneficios a nivel I si sus ingresos del hogar quedan dentro de los límites de esta tabla:

No. de Miembros en el Hogar	Ingreso Anual
1	\$21,590
2	\$29,101
3	\$36,612
4	\$44,123
5	\$51,634
6	\$59,145
7	\$66,656
8	\$74,167
Por cada persona adicional:	\$ 7,511

Si un niño o el padre de un niño participa o está subsidiado por un programa federal o estatal con un límite de elegibilidad por ingresos que no exceda la pauta de elegibilidad para comidas gratuitas o a precios reducidos, las comidas que se sirvan al niño calificarán automáticamente para el reembolso a nivel I, siempre y cuando se llene la aplicación.

La Sección 333 de la Ley enmienda la Sección 17(f)(3)(A)(iii)(III) de la Ley Nacional de Almuerzos Escolares “Richard B. Russell” [42 U.S.C. 1766(f)(3)(A)(iii)(III)] que permite que los proveedores de cuidado infantil en un hogar familiar a nivel II del CACFP asistan en la transmisión a sus patrocinadores de la información sobre los ingresos del hogar de las familias de los niños inscritos. Anteriormente, si así lo permitía la agencia estatal y los patrocinadores, los proveedores a nivel II podían distribuir los formularios de elegibilidad por ingresos a los hogares de niños inscritos en sus guarderías, pero era la responsabilidad de los patrocinadores recoger los formularios de los hogares [7 C.F.R. §226.18(12)]. Según la Ley, los proveedores de cuidado infantil en un hogar familiar a nivel II tienen ahora permiso de recoger los formularios de elegibilidad por sus ingresos del hogar y de transmitir los formularios a sus patrocinadores. Sin embargo, si un proveedor de cuidado infantil en un hogar familiar a nivel II desea recolectar y transmitir la información del hogar, los proveedores o patrocinadores deberán asegurarse de que cada hogar sepa que:

- El hogar no está obligado a llenar el formulario de elegibilidad por sus ingresos para que sus niños participen en CACFP; y
- Los hogares tiene la opción, si así lo escogen, de llenar el formulario de elegibilidad por ingresos y de:
  - Regresar el formulario directamente al patrocinador a la dirección indicada en el formulario; o
  - Regresar el formulario al proveedor con una autorización por escrito que permite que el proveedor recoja el formulario y lo transmita al patrocinador en nombre del hogar (**√ la casilla en la sección “Autorización por Escrito” al reverso de este formulario si usted desea que el proveedor presente su aplicación por usted al patrocinador).**

---

**Declaración de la Ley de Privacidad (Esto explica como usaremos la información que usted nos dé):** La Ley Nacional de Almuerzos Escolares “Richard B. Russell” requiere la información en esta aplicación. Usted no está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos aprobar que el participante reciba comidas gratuitas o a precios reducidos. Usted deberá incluir los últimos cuatro dígitos del Número de Seguro Social del miembro adulto del hogar que firme la aplicación. El Número de Seguro Social no es necesario cuando usted aplica por un niño en acogida o si usted incluye un número de caso del Programa de Cupones para Alimentos (SNAP), o de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR) ya sea del participante u otro identificador de FDPIR, o cuando usted indique que el miembro adulto del hogar que firma la aplicación no tiene un Número de Seguro Social. Usaremos su información para determinar si el participante califica para recibir comidas gratuitas o a precios reducidos, y para administrar y hacer cumplir dicho Programa.

---

**Declaración de No-Discriminación (Esto explica lo que usted debe hacer si considera que ha sido tratado injustamente):** “Según la Ley Federal y las normas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibida la discriminación por raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja por discriminación, Escriba a: USDA, Director, Office of Adjudications, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame sin recargo al (866) 632-9992 (voz). Las personas con discapacidades auditivas o del habla pueden contactar al USDA por medio del Servicio Federal de Relevos (Federal Relay Service) al (800) 845-6136 (español) ó al (800) 877-8339 (inglés). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidades equitativas”.

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM  
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY LETTER (Family Day Care Home-Parent)  
FISCAL YEAR 2015**

**POR FAVOR LLENE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO**

**Parte 1. Todos los miembros del hogar - incluyendo a los niños que vivan allí: Solicite hojas adicionales si las necesita.**

Nombres de todos los miembros del hogar (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	FECHA DE NACIMIENTO (MM / DD / AA)	MARQUE SI ES UN NIÑO EN ACOGIDA (PUPILO DE UNA AGENCIA DE BIENESTAR SOCIAL O DEL TRIBUNAL). *SI TODOS LOS NIÑOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN SON NIÑOS EN ACOGIDA, DIRÍJASE A LA PARTE 4 PARA FIRMAR ESTE FORMULARIO.	MARQUE SI NO RECIBE INGRESOS
Miembro adulto del hogar #1:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro adulto del hogar #2:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro adulto del hogar #3:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño #1:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño #2:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño #3:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niño #4:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Parte 2. Beneficios:** Si algún miembro de su hogar recibe SNAP, FDPIR o TANF, dé el nombre y número de caso de la persona que recibe beneficios y diríjase a la Parte 4. **Si nadie recibe estos beneficios**, diríjase a la Parte 3.  
 NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CASO: \_\_\_\_\_

**Parte 3. Ingreso Total del Hogar en Bruto (ingresos antes de las deducciones) – Indique la cantidad y frecuencia con que los recibe:**

A. Nombre (Sólo liste miembros del hogar con ingreso)	B. Ingresos en bruto y con qué frecuencia los recibe: Indique si es semanalmente, quincenalmente, mensualmente, anualmente...			
	1. Ingresos del trabajo antes de las deducciones	2. Asistencia social, pensión alimenticia, manutención conyugal	3. Pensiones, jubilación, Seguro Social, SSI, beneficios de VA	4. Todo otro ingreso
	cantidad / frecuencia	cantidad / frecuencia	cantidad / frecuencia	cantidad / frecuencia
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____

**Parte 4. Firma y últimos cuatro dígitos de Número de Seguro Social:** Un miembro adulto del hogar deberá firmar este formulario. **Si llenó la Parte 3, el adulto que firma el formulario deberá también incluir los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social o escribir "Ninguno" si no tiene Número de Seguro Social.** (Vea la Declaración de la Ley de Privacidad que aparece al reverso de esta página.)

*Certifico que toda la información en este formulario es correcta y que he reportado todos los ingresos. Comprendo que el hogar familiar de cuidado diurno recibirá fondos federales basados en la información que yo dé. Comprendo que los agentes de CACFP pueden verificar esta información. Comprendo que si doy información falsa a propósito, el participante que recibe las comidas puede perder sus beneficios de alimentación y yo puedo ser procesado.*

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre (en letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Últimos cuatro dígitos de Número de Seguro Social: \* \* \* - \* \* - \_\_\_\_\_ (Si no tiene, escriba "NINGUNO") \_\_\_\_\_

**Parte 5.** Si alguno de los menores por los que usted está solicitando asistencia vive en la calle, vive de migrante, o ha huido de la casa, marque la casilla correcta y llame a su escuela, al consejero de menores en la calle o al coordinador de menores migrantes. En la calle  Migrante  Huido

**Parte 6. Origen étnico y raza del participante (opcional):**

Marque un origen étnico:	Marque una o más razas:		
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativoamericano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano
<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hawaiano u otro Isleño del Pacífico	

**Autorización por Escrito (✓ la casilla):**  DESEO que el proveedor recoja este formulario y que lo transmita por mí al patrocinador.

**No llene esta parte. Únicamente para uso del agente:**

Conversión de Ingresos Anuales: semanalmente x 52, quincenalmente x 26, dos veces al mes x 24, mensualmente x 12

Ingreso Total: \_\_\_\_\_ Por:  semana  quincena  dos veces al mes  al mes  al año No. de Miembros en el Hogar \_\_\_\_\_

Elegibilidad: Nivel I \_\_\_\_\_ Nivel II \_\_\_\_\_

Firma del Agente que Determina: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Agente que Confirma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM  
MEAL BENEFIT INCOME ELIGIBILITY LETTER (Family Day Care Home-Parent)  
FISCAL YEAR 2015**

**ELIGIBILIDAD CATEGÓRICA**

Llene esta parte por sus niños si usted actualmente recibe beneficios de cualquiera de los siguientes programas. Marque todos los que se apliquen y escriba el número de caso (adjunte esta forma al Formulario de Elegibilidad por Ingresos para la Asistencia Alimenticia de CACFP):

- |  | <u>Número de Caso</u> |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR)              | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)                                  | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de Alimentos - Programa de Empleo y Capacitación (FS E&T)                 | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de Guarderías y Desarrollo   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)  | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa Transicional de Guardería (TCC)  | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Administración de los Centros de Cuidado Infantil Diurno                 | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa <i>Head Start</i> (calificado por sus ingresos) / Programa <i>Even Start</i> | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP)                                       | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa Suplementario de Productos Básicos   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de Tratamiento para el Cáncer Cervical y del Seno (de AHCCCS)                | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa <i>SOBRA</i> para Niños de Recién Nacidos a 19 Años (de AHCCCS)              | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa <i>AHCCCS Care</i> (AC)  | _____                 |
| <input type="checkbox"/> AHCCCS para Familias con Niños  | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Deducción por Gastos Médicos (MED) (de AHCCCS)  | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de Servicios de Crisis a Corto Plazo   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia con la Energía Eléctrica a Hogares de Bajos Recursos           | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia con el Servicio Telefónico                                     | _____                 |
| <input type="checkbox"/> SSI en Efectivo   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> SSI Únicamente para Asistencia Médica (MAO)   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB)   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Beneficiarios de Medicare de Bajos Recurso (SLMB)                                     | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de Empleo y Servicios Comunitario para Seniors                               | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de Abuelos Voluntarios   | _____                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de Descuento Telefónico para Seniors   | _____                 |

	<u>Nombre del Niño</u>	<u>Edad</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____